

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Оцінка і покращення якості надання кардіологічної
допомоги на вторинному рівні медичної допомоги (на
прикладі КНП ”Шосткинська ЦРЛ”»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студентки гр. УЗ-мз92-ш _____ Лях Олени Володимирівни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Лях Олена Володимирівна .

**Науковий керівник: _____ доцент кафедри управління,
кандидат економічних наук, доцент
Лук'яніхін Вадим Олександрович**

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ-мз92-ш

Лях Олені Володимирівні

1. Тема роботи «Оцінка якості надання кардіологічної допомоги на вторинному рівні (на прикладі КНП "Шосткинська ЦРЛ")». затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: дослідити методи контролю якості кардіологічної допомоги в медзакладах вторинного рівня.

4. Об'єкт дослідження: система підходів і методів оцінки якості закладів охорони здоров'я.

5. Предмет дослідження: відносини, що виникають у процесі організації контролю якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: нормативної бази України, монографій, підручників, наукових статей, Інтернет-ресурсів, внутрішньої звітності організації, дані спостережень у організації

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Система контролю якості медичної допомоги	
II	Аналіз якості надання кардіологічної допомоги на вторинному рівні	
III	Рекомендації стосовно поліпшення якості кардіологічної допомоги на вторинному рівні	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретичне підґрунтя визначення якості медичних послуг.

У розділі 2 студент має провести аналіз діяльності кардіологічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ»

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи вдосконалення якості кардіологічної допомоги в медзакладах вторинного рівня

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Зав-данья видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____

_____ ПІБ
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____

_____ ПІБ
(підпис)

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 40 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 35 с., у тому числі 14 таблиць, 4 рисунків, список використаних джерел - 3 сторінки.

Актуальність полягає в необхідності пошуку шляхів вдосконалення якості медичних послуг на вторинному рівні. Розробки існуючих підходів до оцінювання ефективності медичних послуг.

Метою роботи є дослідити методи контролю якості кардіологічної допомоги в медзакладах вторинного рівня. Відповідно були вирішені такі *задачі*:

- на основі аналізу літературних даних визначено теоретичні підґрунтя контролю якості медичної допомоги;

- окреслено підходи до визначення системи контролю якості медичних послуг;

- проведено аналіз діяльності кардіологічного відділення на прикладі медичної установи вторинного рівня;

- на основі емпіричного дослідження запропоновано практичні рекомендації, що до вдосконалення якості кардіологічної допомоги.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі організації контролю якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Об'єктом дослідження є система підходів і методів оцінки якості закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: застосовано комплексний підхід визначення якості надання медичних послуг;

удосконалено: визначення критеріїв якості надання кардіологічної допомоги;

набула подальшого розвитку: процедура оцінки якості надання кардіологічної допомоги вторинного рівня.

Ключові слова: ЯКІСТЬ, КОНТРОЛЬ, КАРДІОЛОГІЯ, УПРАВЛІННЯ, МЕНЕДЖМЕНТ, РЕФОРМУВАННЯ.

Вступ

Підвищення якості послуг закладів охорони здоров'я є одним із ключових напрямів реформування охорони здоров'я в Україні.

Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається якоснова національної політики в сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах прийняті діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я.

Нажаль, сьогодні в Україні не існує чіткої законодавчої бази з регулювання медичних послуг, вони здійснюються на підставі регламентуючих наказів, розпоряджень, а не законів. Не розроблені стандарти на послуги. Системи сертифікації та ліцензування знаходяться в початковому стані, а самі процедури реалізуються в значній мірі формально, гальмується впровадження сучасних медичних інформаційних технологій.

Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення (пацієнтів) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період.

Прикладне значення магістерської роботи полягає у впровадженні стандартів управління якістю у систему управлінських процесів загальної системи управління медичним закладом вторинного рівня і мають позитивний досвід використання в системах охорони здоров'я розвинених країн світу. Отримані результати значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю визначення загальних методичних підходів до формування бази критеріїв якості методів оцінки якості медичної допомоги вторинного рівня кардіологічного спрямування.

Мета роботи - запропонувати та обґрунтувати сучасні підходи до орга-

нізації контролю якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Об'єкт дослідження – система підходів і методів оцінки якості закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження – організації контролю якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Наукова новизна полягає в узагальненні результатів аналізу щодо наукових підходів і методів оцінки якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня та їх адаптація до українських реалій.

Відмінність одержаних результатів від відомих раніше:

- удосконалено підходи, що до систематизації оцінювання якості кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня;
- вперше застосовано комплексний підхід у аналізі підходів і методів оцінки якості надання кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня;
- розроблено процедуру оцінки якості надання кардіологічної допомоги в вторинного рівня.

РОЗДІЛ 1 СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Критерії та індикатори якості медичної допомоги

Система контролю якості медичної допомоги як система складеться з двох рівнів: критеріїв якості, контролю якості та механізмів забезпечення змін якості.

На законодавчому рівні система якості медичної допомоги ґрунтується на наступних законодавчих актах:

- Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (набрав чинності 01.01.2012 року). Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

- Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

- наказах МОЗ України від:

- 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249;

- 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201;

- 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314;

- 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної до-

помоги» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.);

- 30.11.2012 р. № 981 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за № 171/18909»;

- 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.[24, 25, 26, 27, 28, 29]

Найпоширеніший стандарт якості у світі - ISO 9001, понад мільйон компаній та організацій в більш ніж 170 країнах сертифікованих згідно цього стандарту (рис. 1.1).

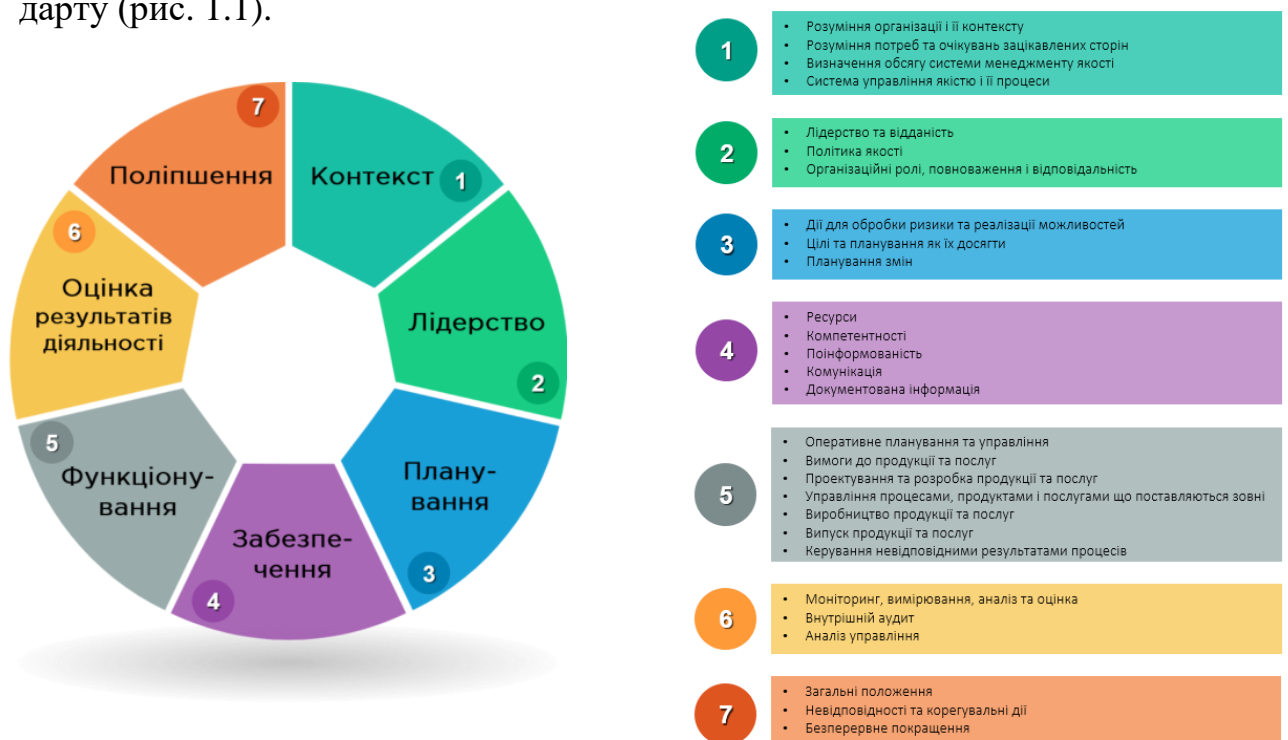


Рис. 1. 1 Структура стандарту якості за сертифікатом ISO 9001[20]

Незважаючи на те, що сертифікація по ISO 9001 носить добровільний характер, відсутність у організації працюючої системи менеджменту якості та сертифіката, знижує її конкурентоспроможність і працює як антиреклама.

Досягнення максимального ступеня об'єктивності контролю можливе за умовийого проведення на основі розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам.

Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 Критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості[1]

№з/п	Компоненти якості	Приклади критеріїв якості
1.	Спрямованість на пацієнта	1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством.
		1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності.
		1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2.	Результативність	2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні.
		2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.
		2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності.
		2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.
3.	Безпека	3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.
		3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами.
4.	Доступність	4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів.
		4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного

Критерії якості деталізуються для кожного структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених «Положеннями про структурні підрозділи» та «посадовими інструкціями».

Згідно з критеріями формується блок еталонних (планових) показників якості для закладу охорони здоров'я, визначених у нормативах, стандартах, інструкціях, методиках, інших директивних та розпорядчих документах.

Індикатори якості, як інструмент для вимірювання досягнутого рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314 [2].

1.2 Контроль як складова процесу управління у системі якості медичної допомоги

Контроль в системі управління якістю медичної допомоги можна розглядати як складову процесу управління, як функцію і як систему.

Згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю.

Суб'єктами контролю виступають вповноважені органи за межами медичної установи (зовнішній контроль), адміністрація та керівники відділень/структурних підрозділів – безпосередньо в закладах охорони здоров'я (внутрішній контроль) [3].

Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами

чами медичних послуг.

До громадського контролю якості медичної допомоги залучені громадські організації, громадяни в процесі їх звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації.

Громадський контроль носить консультативний характер.

Зовнішній відомчий контроль, згідно з Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрованим Міністерством юстиції України за № 1996/22308 від 28.11.2012 р., вповноважені здійснювати МОЗ України, у тому числі, Департамент з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги, МОЗ Автономної республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Обсяг повноважень зазначених суб'єктів управління охоплює сфери проведення ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичної допомоги, атестації спеціалістів, розгляду звернень громадян, і передбачає право винесення владних рішень, а також обов'язкових до виконання приписів і розпоряджень [4].

Внутрішній контроль якості, відповідно до діючих галузевих нормативно-правових документів, проводиться керівництвом та медичними радами закладів охорони здоров'я.

Традиційна практика організації діяльності передбачає надання керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень з виконання контрольних функцій заступникам за окремими напрямками діяльності та завідувачам відділеннями / керівникам структурних підрозділів. Сучасні підходи до внутрішнього контролю якості передбачають також впровадження аудиту та самооцінювання системи управління якістю.

Особливістю суб'єкту контролю в системі управління якістю слід вважати обов'язкове віднесення до нього лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю).

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 об'єктами контролю визначені структурні, процесуальні та результативні компоненти системи якості, зокрема, кваліфікація спеціалістів, організація медичної допомоги, реалізація управлінських рішень з питань якості, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, випадки дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарг громадян, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги [5].

Контроль як складова процесу управління призначений забезпечити досягнення стратегічної мети – надання пацієнтам якісної медичної допомоги – шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятним вимогам.

Контроль як функція управління передбачає:

- збір даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями;
- порівняння отриманих даних з вимогами нормативів, стандартів, протоколів, інструкцій;
- виявлення відхилень (невідповідностей) та їх оцінку;
- аналіз причин відхилень;
- використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги [7].

Таким чином реалізується зворотний зв'язок в системі управління якістю.

Контроль як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів:

- мети;
- завдань;
- ідентифікованих суб'єктів і об'єктів контролю;
- функцій;
- методів;
- засобів контролю;

- джерел інформації про функціонування системи якості;
- критеріїв і результатів контролю (рис. 1.2) [18].

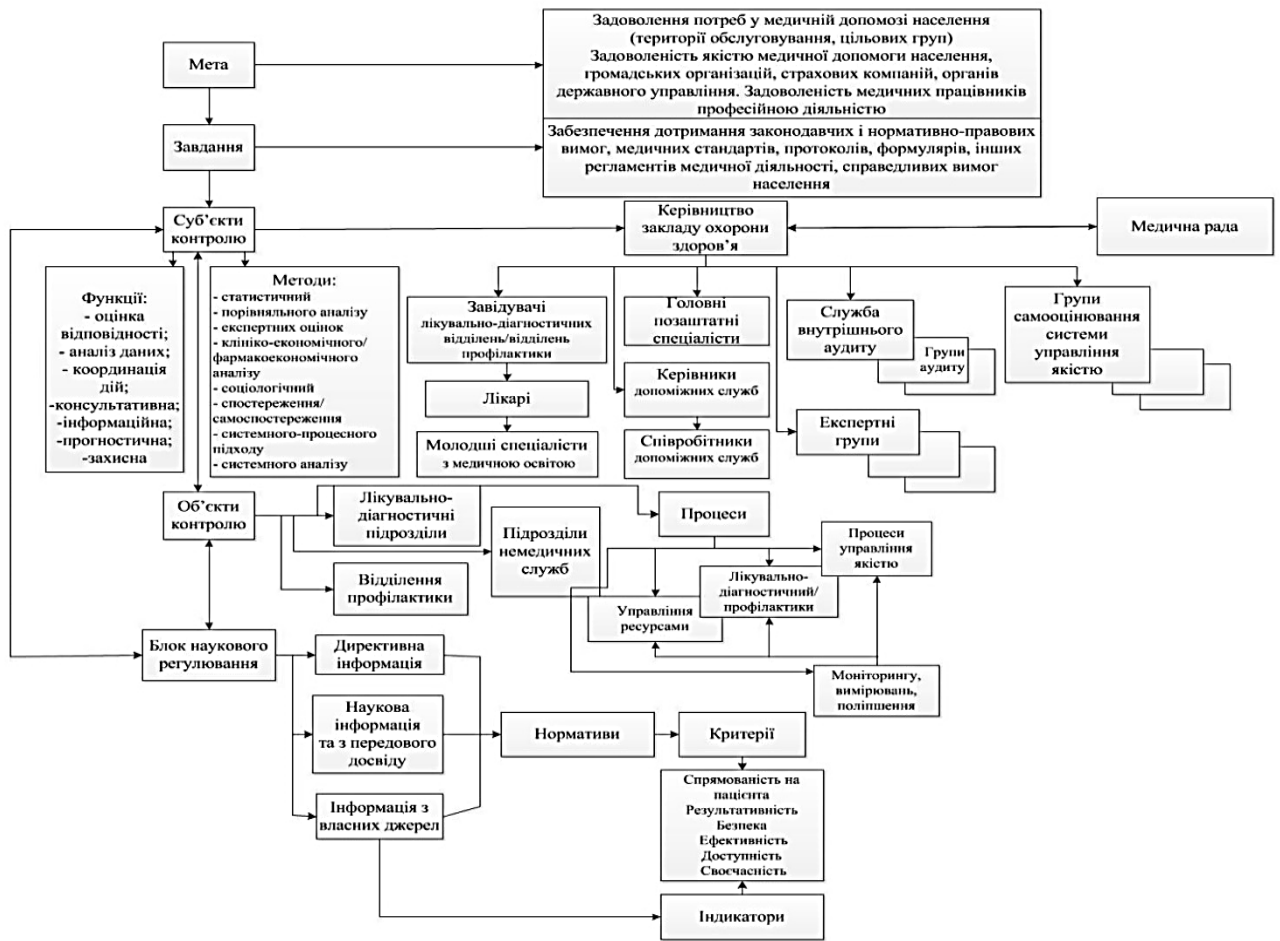


Рис. 1.2Схема системи контролю якості медичної допомоги

При кількісному оцінюванні якості медичної послуги і для наближення розуміння якості медичної допомоги як загальноприйнятої категорії взаємини пацієнта (споживача медичних послуг) і лікаря (виробника медичних послуг), слід відволіктися від медичної допомоги як такої і розглянути якість медичної послуги у загальному плані. Етапи оцінювання рівня якості медичних послуг можна представити так, як це зображено на рис.1.3[21].

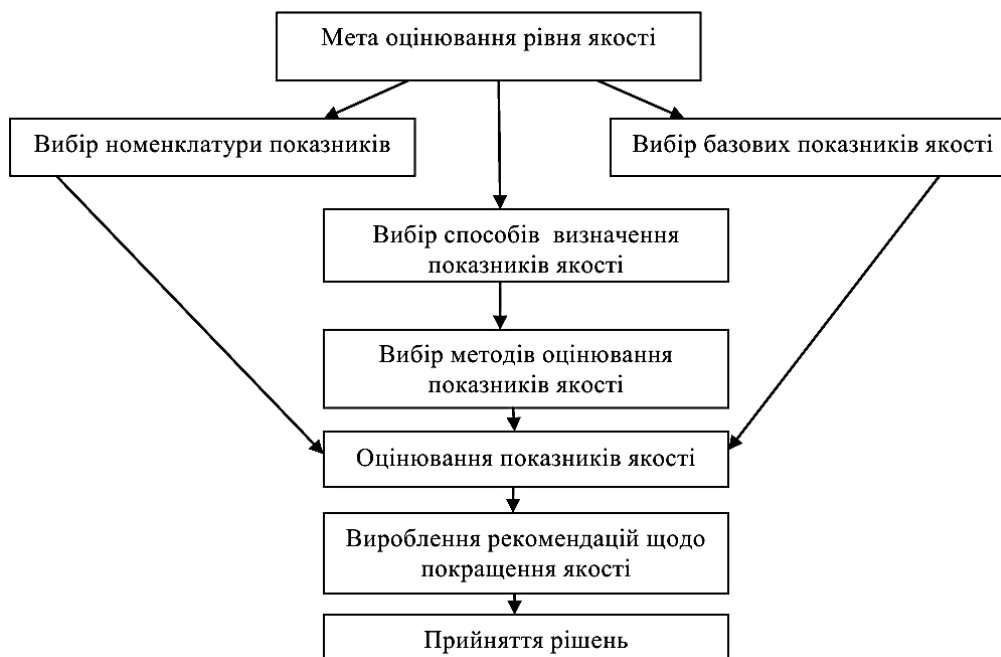


Рис. 1.3 Алгоритм оцінки якості медичних послуг

Зрозуміло, що етап оцінки рівня якості, що передбачає визначення мети оцінки не викликає сумніву. Визначимо номенклатуру показників якості відповідно до яких буде проводитись оцінка рівня якості медичних послуг.

Відповідно до класифікації яка наводилась вище, медична послуга може включати в себе наступні одиничні показники:

- огляд пацієнта;
- діагноз із вказівкою необхідних заходів для проведення диференційної діагностики з алгоритмами діагностичного пошуку;
- діагноз із обґрунтуванням або обґрунтування причин, за яких діагноз сформулювати неможливо;
- рекомендації щодо препаратів, дозувань, схем, тривалості курсів терапії;
- складання плану амбулаторного або стаціонарного лікування;
- оформлення медичної документації у відповідності з встановленими вимогами;
- організацію діагностичних, профілактичних і санітарно-гігієнічних заходів;

- надання консультацій у відповідності з встановленими санітарно-гігієнічними вимогами[19].

Відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги населенню України на період до 2020 року, діючі підходи до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, засновані на принципах контролю, мають бути замінені підходом, що базується на принципі управління процесом[35].

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАВАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

2.1 Загальний підхід до оцінки якості кардіологічної допомоги

За даними офіційної статистики, в Україні щороку реєструють 50 тис. випадків інфаркту міокарда, хоча в дійсності ця цифра є набагато вищою.

Лише приблизно 20% таких пацієнтів можуть бути госпіталізовані в стаціонар протягом перших 6 годин від початку захворювання. Це є важливою передумовою вчасного проведення тромболізу і як наслідок – зниження смертності, покращання перебігу захворювання, зменшення кількості ускладнень і тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі. На сьогодні в Україні не менше 10 тис. хворих потребують проведення тромболітичної терапії [6].

У країні приблизно 6-8 млн. пацієнтів з ішемічної хвороби серця (ІХС). У разі значного стенозу в'язцевої судини атеросклеротичною бляшкою є два шляхи відновлення прохідності цієї судини: необхідно виконати або операцію аортокоронарного шунтування, або балонну ангіопластику зі стентуванням. В Україні у 2018 році виконано приблизно 400 операцій шунтування, у 2019 році ця цифра має дійти до 500; операцій балонної ангіопластики і стентування – близько 1000. У нашій країні працює багато висококваліфікованих фахівців, тому при виконанні цих втручань відзначені дуже добрі результати, а смертність дорівнює практично нулю. Але кількість цих операцій становить лише 1-2 тис. на 6-8 млн. хворих, у той час як у розвинутих країнах їхнє проведення вже стало стандартом лікування при виявленні атеросклеротичних бляшок у в'язцевих судинах. Завдяки вчасно виконаному втручанню покращується якість життя та збільшується його тривалість (у середньому на 5 років). Незважаючи на високу вартість цих операцій, їх виконання є економічно доцільним для держави, оскільки людина повертається до повноцінного життя, до праці. Тому проблема інтервенційного лікування пацієнтів з ІХС в Україні є нагальною і має вирішуватися на державному рівні. Окрім матеріального забезпечення, існує ще й проблема децентралізації спеціалізованої допомоги [9].

Крім того існує проблема профілактики серцево-судинної патології.

Лікарі безпосередньо вирішують питання вторинної профілактики. Пацієнти з певною серцево-судинною патологією потребують постійного лікування – щоденного прийому ліків (з метою контролю артеріального тиску, зниження рівня холестерину, покращання реологічних властивостей крові тощо). Усі ці препарати вони повинні купувати власним коштом, оскільки в нас не розроблена система, за якої страхова компанія чи держава підтримує хворого.

Первинна профілактика є не менш важливою, але це проблема не стільки медична, скільки суспільства в цілому. До заходів первинної профілактики належать дотримання здорового способу життя, заняття фізичною культурою та спортом, раціональне харчування тощо. Тобто йдеться про загальну культуру поведінки людини. Те саме можна віднести й до своєчасного медичного обстеження та лікування. Так, у нашій країні більше ніж у 10 млн. осіб підвищений артеріальний тиск. Від своєчасності звертання їх до лікаря залежить результат подальшого лікування. Населення має бути поінформоване: якщо артеріальний тиск становить 140/90 мм рт. ст. і вище – потрібно звернутися до лікаря.

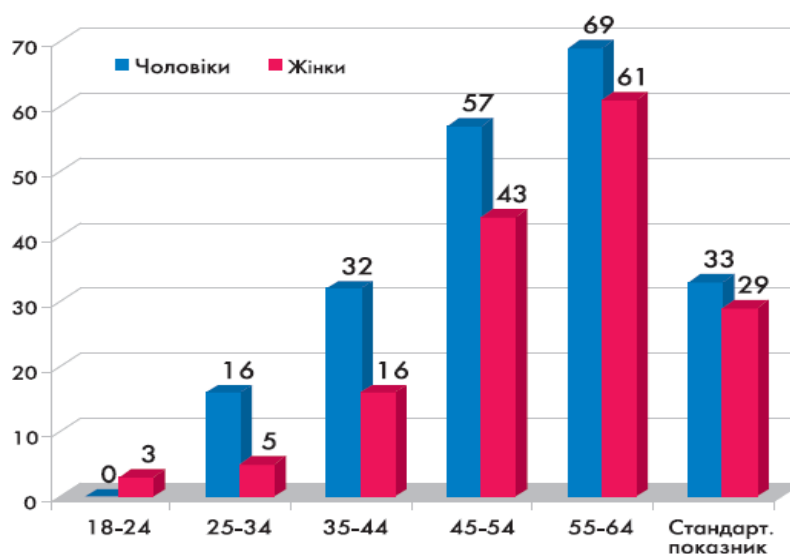


Рис. 2.1 Поширеність артеріальної гіпертензії серед осіб різного віку, (%) [8].

У Росії, наприклад, з цією метою широко використовуються засоби масової інформації. Нам також потрібна державна підтримка і, зокрема, розробка широкомасштабної програми профілактики та лікування серцево-судинних захворювань. Кардіологи повинні займатися лікуванням хворих, а профілактич-

нізаходи – це, перш за все, справа держави.

За базові зразки оцінювання рівня якості послуг слід взяти стандартизовані критерії оцінки.

Критерії якості медичної послуги обмежуються двома значеннями. Мінімальний (обов'язковий рівень) нижче якого значення послуги не повинно опускатися, та бажаний рівень – такий, що через об'єктивні причини може бути не досягнутий, але досягнення якого мають на меті, оскільки він забезпечить поліпшення якості медичної послуги. Наявність двох рівнів критеріїв якості в стандартах медичної допомоги, обов'язкового та бажаного, зумовлена відмінністю між еталонною та реальною практикою в умовах системи охорони здоров'я України. Медичні стандарти орієнтовані на оптимізацію лікувально-діагностичного процесу і використовуються в оцінці діяльності лікарів на рівні ЛПУ, страхових медичних організацій шляхом співставлення та розрахунку показників відповідності, якості, дефектів і т.д.

Алгоритм оцінювання рівня якості являє собою послідовність процедури аналізу п'яти базових блоків:

1. Оцінка анамнезу і діагностичних процедур.
2. Оцінка консультацій спеціалістів.
3. Оцінка плану лікувальних заходів.
4. Оцінка оформлення медичної документації.
5. Оцінка доступності медичної послуги
6. Інтегральний показник якості медичної послуги (відношення сумарного корисного ефекту від надання медичної послуги до сумарних витрат на її отримання) [10].

В аналізі якості медичної послуги слід виділити наступні елементи: аналіз професійних якостей лікаря, забезпеченість медичним обладнанням та персоналом, умови організації та фінансування (якість структури), аналіз медичних технологій (якість процесу), аналіз результатів (якість результатів).

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах на-

дання медичної послуги і допомоги (профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими) на відміну від роздрібненого аналізу окремих етапів та медичних втручань.

2.1 Основні показники діяльності кардіологічного відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ"

Кардіологічне відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ" розгорнуто на 30 ліжок. Госпіталізація хворих здійснюється по направленню лікарів поліклініки ЦРЛ, швидкої допомоги, медкомісії військкомату, сільських лікувально-профілактичних закладів, ФАПів і ФП, оздоровчий пункту заводу «Імпульс», КУ СОР «Обласний діагностичний центр м. Шостка», а також при самостійному зверненні хворих до приймального відділення ЦРЛ, якщо є покази до госпіталізації.

Для покращення зв'язку з амбулаторно-поліклінічною службою при виписці хворого із стаціонару у виписці відображається динаміка перебігу захворювання, обстеження, лікувальні та трудові рекомендації, необхідність диспансерного нагляду в подальшому, рекомендації щодо консультацій в ЛПЗ III рівня.

У відділенні проходять реабілітацію інваліди кардіологічного та ревматологічного профілю, їх планове оздоровлення, оздоровлення осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, лікування інвалідів війни, лікування та обстеження вагітних[11].

Таблиця 2.1 Аналіз роботи стаціонару

<i>Показники роботи відділення</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
Поступило хворих	1140	940	847
Поступило хворих з гострим інфарктом міокарду	82	92	62
Питома вага хворих з гострим інфарктом міокарду в загальній кількості хворих	7,3%	9,98%	7,32%
Виписалось хворих	1106	881	817
Померло хворих	25	41	31
Померло хворих від гострого інфаркту міокарду	12	23	8
Розгорнуто ліжок	35	30	30
План ліжко-днів	11900	10200	10200
Фактично проведено ліжко-днів	11385	9134	8125
Виконання ліжко-днів	95,7%	89,5%	79,7%
Середнє число днів зайнятості ліжка	335,3	304,4	270,8
Середня тривалість лікування (дні)	10,1	9,9	9,6
Середня тривалість лікування гострого інфаркту міокарду (дні)	15,2	14,3	12,5
Обіг ліжка	32,3	30,7	28,3
Загальна летальність	2,21	4,45	3,66
Летальність від гострого ГІМ	14,6	25,0	12,9
Додобова летальність при ГІМ	15,3	27,3	26,7
Померло до доби від ГІМ	6	15	3
в т.ч. у вихідні та неробочий час	2	9	1
Відсоток розтинів	92,0%	66,2%	64,7%
Розходження клінічних та патологоанатомічних діагнозів	0	1/3,7	1/5,0

Число пролікованих хворих в 2019 році дещо зменшилось, але ліжко-дні у відділенні щороку не виконуються. Відмови в госпіталізації хворим немає. Недовиконання ліжко-днів можна пояснити тим, що:

- у зв'язку з високою ціною на медикаменти хворі погоджуються на госпіталізацію тільки при значному погіршенні загального стану,
- деяким зниженням тривалості лікування ГІМ,
- високою додобою летальністю.

Середня тривалість за 2 останні роки на одному рівні, є нижчою обласного показника (12,2 за 2019 рік). Середня тривалість лікування хворих на ГІМ також є нижче обласного показника.

Таблиця 2.2 Розподіл померлих хворих, по кардіологічному відділенні, за віком

<i>Вік</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
19	-	-	-
20 – 29	-	-	-
30 – 39	-	2	-
40 – 49	1	2	5
50 – 59	5	0	5
60 – 69	7	11	3
70 – 79	9	13	10
80 і старші	3	12	8
Всього померло	25	41	31

З цієї таблиці видно, що більшість хворих померли від 60 років і старше. Висока кількість померлих у 2019 році. Із них 23 випадки інфаркт міокарда, що становить 56,1%.

Більша частина хворих, які лікувались у відділенні, поступали по направленню лікарів поліклініки переважно в плановому порядку і цей показник фактично залишається сталим.

Швидкою допомогою направляється біля 33%.

Найменше хворих направляється медпрацівниками сільських ЛПЗ, переважно в терміновому порядку.

Таблиця 2.3 Шляхи надходження хворих у відділення (у %)

<i>Ким направлений</i>	<i>2017 рік</i>		<i>2018 рік</i>		<i>2019 рік</i>	
	<i>план.</i>	<i>терм.</i>	<i>план.</i>	<i>терм.</i>	<i>план.</i>	<i>терм.</i>
Поліклінікою	48,1%	18,2%	46,7%	9,0%	47,3%	10,1
Швидкою допомогою	-	24,5%	-	31,9%	-	34,9
Центр ПМСД (сільські ЛПЗ)	17,4%	4,6%	3,3%	4,2%	2,9	4,8

Таблиця 2.4 Терміни госпіталізації на гострий інфаркт та кількість померлих в кардіологічному відділенні

Терміни	2017 рік				2018 рік				2019 рік			
	від.	%		%	від.	%		%	від.	%		%
До 2-х годин	11	13,4		54,5	19	20,6		21,1	13	21,0		23,1
До 3-х годин	5	6,1		40,0	7	7,6		28,6	4	6,5		25,0
До 6-ти годин	19	23,2		15,8	9	9,7		22,2	14	22,6		42,9
До 12 годин	9	11,0		44,4	10	10,8		30,0	8	12,9		37,5
До 24 годин	7	8,5		42,9	10	10,8		50,0	3	4,8		33,3
Більше доби	31	37,8		35,5	37	40,2		45,9	20	32,3		50,0
Померло хворих від ІМ	12	14,6		33,3	23	25		30,4	8	12,9		37,5
Всього	82	100		35,4	92	100		35,9	62	100		38,7

З наведеної таблиці видно, що переважна кількість хворих з інфарктом міокарда госпіталізується пізніше 12 годин. Хворі госпіталізовані до 6 годин становлять у 2018 році – 22,2%, у 2019 році – 42,9%.

Термін лікування хворих на гострий інфаркт міокарда у відділенні є фактично сталим. Хворим, у яких немає ускладнень гострого інфаркту міокарда, з обмеженим Q інфарктом міокарда (зміни на ЕКГ в 2-3 відведеннях), без післяінфарктної стенокардії, при відсутності супутніх захворювань з тяжким перебігом, з добре контрольованою артеріальною гіпертензією проводиться більш рання активація.

В кардіологічному відділенні впроваджені медичні, фізичні та психологічні аспекти реабілітації хворих з гострим інфарктом міокарда. Профаспекти та соціальні аспекти проводяться на наступних етапах лікування.

Медичний аспект реабілітації – це призначення адекватної медикаментозної терапії згідно локальних протоколів. Проведення тромболітичної терапії, що дає можливість обмежити зону некрозу, попередження та усунення ранніх

та пізніх ускладнень інфаркту міокарда.

Фізичний аспект реабілітації направлений на відновлення фізичного здоров'я хворих, що забезпечується адекватною активізацією хворих. Після усунення ангінозного болю та важких ускладнень інфаркту міокарда (кардіогенний шок, набряк легень, порушення ритму та провідності) на 2-3 день хворим призначається лікувальна гімнастика. Розширення рухової активності хворих проводиться під наглядом лікаря та спеціаліста ЛФК.

Психологічний аспект реабілітації здійснюється з перших годин перебування хворого в стаціонарі, в подальшому, протягом всього періоду перебування хворого у відділенні.

Основними чинниками, які зумовлюють втрати населення, в тому числі працездатного, зменшення тривалості здорового життя та підвищення рівня передчасної смертності в Україні, є неінфекційні хронічні захворювання, зокрема серцево-судинні (63%). За даними, які отримані в ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України, серед населення країни кількість осіб без факторів серцево-судинного ризику складає всього 15,3%, з одним фактором ризику — 33,9%, з двома — 28,2%, з трьома і більше — 22,6% [11].

У зв'язку з цим серед багатьох факторів кардіоваскулярного ризику найбільшу увагу заслуговують модифіковані, до яких належать підвищений рівень АТ, тютюнопаління, підвищений рівень ХС та ТГ у сироватці крові, надлишкова маса тіла, так як вони найбільше впливають на прогноз пацієнтів.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІКАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

3.1 Переваги та недоліки в діяльностікардіологічного відділення НКП «Шосткинська ЦРЛ»

З огляду результати проведеного аналізу, слід зазначити, що ситуація з виявленням факторів кардіоваскулярного ризику залишається несприятливою. Якщо підвищений АТ діагностовано приблизно у третини випадків, то інші фактори ризику — рідше. Особливо низьким є виявлення дисліпідемій, до того ж терапія, спрямована на нормалізацію ліпідного профілю крові, є недостатньою. Вплинути на фактори, які пов'язані з тютюнопалінням, ожирінням, гіподинамією, — взагалі важко і основною причиною цього є недостатня просвітницька робота.

В системі санітарно-просвітньої роботи використовуються різні форми і методи усні, печатні, наглядні посібники.

Лекції дозволяють встановлювати постійний контакт зі слухачами, враховувати інтереси та особливості аудиторії, індивідуальні бесіди з пацієнтами забезпечують правильні взаємовідносини і мають не тільки інформативне, але і психотерапевтичне значення.

З масових методів пропаганди особливо розповсюджені лекції. Активності сприйняття і кращому засвоєнню матеріалу допомагає практика запитань і відповідей, проведення групової дискусії. Матеріали для санітарно-просвітньої роботи видаються у вигляді популярних статей в загальній та медичній пресі, стінних та багатотиражних газетах, а також у вигляді науково-популярних брошур і пам'яток.

Лекції проводяться на заводах, в учбових закладах, поліклініках міста, в селах при виїзді. Бесіди проводяться щоденно при огляді хворих.

При підготовці лекцій використовуються матеріали з газети «Медицина і здоров'я» та «Ваше здоров'я», наукові журнали.

Таблиця 3.1 Дані просвітницької роботи

	2017 р.	2018р.	2019 р.
Прочитано лекцій	481	325	446
Проведено бесід	2760	1878	2155
Статті в місцевої пресі	1	16	2
Виступи по телебаченню	3	7	4

Теми лекцій та бесід:

- «Профілактика гіпертоній»,
- «Ожиріння та ІХС»,
- «Фактори ризику ІХС та ГХ»,
- «Алкоголізм і куріння та серцево-судинні захворювання».

Статті в місцевій пресі:

- «Харчування при артеріальній гіпертензії»,
- «Профілактика факторів ризику ІХС»,
- «Куріння як фактор ризику ІХС»,
- «Вплив надмірного вживання алкоголю на серце»,
- «Життя з гіпертонічною хворобою»,
- «Що таке ішемічна хвороба і чому вона виникає»,
- «Серце для життя».

Таблиця 3.2 Впровадження нових методик у кардіології

Рік	Кількість запланованих методик		Впроваджено		Економічна ефективність, грн	
	Всього	в т.ч. з обласного	Всього	в т.ч. з обласного	Всього	в т.ч. з обласного
2017 р.	12	3	15	3	5873	1574
2018 р.	12	8	12	8	11416	6121
2019 р.	13	9	13	9	29100	14750

Таблиця 3.3 Заходи 2017 року

Заходи	Економічна ефективність
Статини – від ефективності до безпеки: фокус на розувастатин.	567 грн.
Досвід лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою вітчизняних ліків.	983 грн.
Складності можливості антикоагулянтної терапії у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (Арікстра).	816 грн.
Попередження тромботичних серцево-судинних ускладнень у хворих на некомпенсовану хронічну серцеву недостатність ішемічного генеза з супутнім цукровим діабетом II типу	378 грн.

Заходи	Економічна ефективність
Досвід використання хондротекторів для лікування дегенеративних і запальних захворювань опорно-рухового апарату (Мукосат).	
Особливості лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів старших вікових груп.	269 грн.
Комбінована терапія артеріальної гіпертензії: місце антагоністів Са та інгібіторів АПФ.	854 грн.
Корекція ліпідного спектру крові у хворих на системний червоний вовчак з дисліпідемією Сімвастатином.	935 грн.
Хомвіо-Ревман для лікування хворих подагричним артритом	189 грн.
Застосування ін'єкційної форми метотрексату у хворих на ревматоїдний артрит Методжект.	126 грн.
Сингіал для локальної терапії захворювань суглобів.	126 грн.
Застосування препарату Небівал у хворих похилого віку з метаболічним синдромом та післяінфарктним кардіосклерозом.	63 грн.
	567 грн.

Таблиця 3.4 Заходи 2018 року

Заходи	Економічна ефективність
Хронічна серцева недостатність при комбідних станах: вибір оптимального бета-блокатора (Бісопролол).	1331 грн.
Раміприл (рамизес) і торасемід торсід в лікуванні пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю: досвід українських лікарів.	923 грн.
Високі дози «Аторвастатин» у хворих із гострим коронарним синдромом та у хворих, які підлягають через шкідливому коронарному втручання.	1598 грн.
Профілактика інсульту при фібриляції передсердь: мультидисциплінарний підхід до вирішення проблеми «Дабігатран»	266 грн.
«Івабрадин» у лікуванні хворих із хронічною серцевою недостатністю.	399 грн.
«Телмісартан»: застосування у кардіологічних хворих.	1064 грн.
Переваги застосування L-аргініну при лікуванні пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження.	2129 грн.
Використання комбінованого препарату «Ірбесартану» та «Гідрохлортиазиду» при лікуванні гіпертонічної хвороби II-III ступеня (Ірбетан Н)	1197 грн.
Оптимізація антитромбоцитарної терапії при різних формах ішемічної хвороби серця (Ко-плавікс)	266 грн.

Заходи	Економічна ефективність
Підходи до диференціальної терапії блокаторами В-адренорецепторів хворих із ССЗ (карведилол)»	1994 грн.
Застосування «Рівароксабану» у лікуванні інфаркту міокарда з підйомом сегменту ST для зменшення смертності від гострого коронарного синдрому.	399 грн
Вибір антиаритмічного препарату для довготривалої терапії фібриляції передсердь: акцент на стан щитоподібної залози.	49 грн.

Таблиця 3.5 Заходи 2019 року

Заходи	Економічна ефективність
Застосування “Епадол-Нео” для вторинної профілактики раптової смерті у хворих з перенесеним ІМ.	975,5 грн.
Застосування “Тризипіну” для оптимізації лікування та корекції серцево-судинного ризику.	5706,4 грн.
Фіксована комбінація ”Тіара-Тріо” - раціональний вибір у лікуванні АГ.	1362,76 грн.
Ефективність препарату “Тіворель” в комплексному лікуванні пацієнтів з ГКС без елевації сегменту ST.	917,35 грн.
«Івабрадин» у лікуванні хворих з ГІМ.	366,94 грн.
Застосування “Еплеренона” у профілактиці фібриляції передсердь.	3668 грн.
Сучасні аспекти антиагрегантної терапії “Клопідогрелем” .	377 грн.
Ефективність “Дабігатрана” порівняно з “Варфарином”	195 грн.
Потенційні можливості “Урапідила”	1365 грн.
Ефективність “Кверцитина” впливати на механізми системного запалення при ГІМ.	4076 грн.
Оцінка ефективності та безпеки використання урапідила та нітрогліцерину при корекції гемодинаміки у хворих з гіпертонічним кризом.	778 грн.
Метаболічна терапія: право на життя (метамакс).	7744,4 грн.
Застосування амлодипіна в лікуванні пацієнтів з АГ.	1752,12 грн.

3.2 Рекомендації щодо покращення діяльності кардіологічного відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ"

Не зважаючи на всі профілактичні заходи досвід 10-річного спостереження відділу популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стра-

жеска» АМН України показав, що рекомендації відмовитися від тютюнопаління дають не більше 14,5% медичних працівників, зменшення маси тіла — до 10%, підвищення фізичного навантаження — 6,6% [13].

За період 2000–2019 рр. поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослих і підлітків зросла у 2,1 рази, а захворюваність у 1,9 рази.

У формуванні показника поширеності захворюваності на серцево-судинні хвороби провідну роль відіграють гіпертонічна хвороба, ІХС та цереброваскулярна патологія, частка яких відповідно становить 46,2; 33,8; 12,7% та 41,7; 27,5; 15,8% (табл. 3.6) [12].

Таблиця 3.6 Структура поширеності захворюваності від хвороб системи кровообігу серед дорослих і підлітків у 2007 р. в Україні (на 100 тис. населення)

Назва нозології	Поширеність	Питома вага (%)	Захворюваність	Питома вага (%)
Хвороби системи кровообігу	64676,2	100	6217,0	100
У тому числі:				
• Гіпертонічна хвороба (усі форми)	29899,0	46,2	2591,6	41,7
• ІХС	21877,5	33,8	1712,3	27,5
• Гострий ІМ	129,6	0,2	129,6	2,1
• Цереброваскулярні захворювання	8219,3	12,7	984,8	15,8
• Інсульт (усі форми)	278,2	0,4	278,2	4,5

Потребує детального вивчення коливання показників поширеності та захворюваності населення на хвороби системи кровообігу в різних областях. Не дивлячись на те, що показники поширеності захворюваності від хвороб системи кровообігу за період 2000–2019 рр. значно зросли, показник інвалідності від цієї патології в Україні зменшився на 48%.

Смертність від хвороб системи кровообігу зросла порівняно з 2000 р. від 875,0 на 100 тис. населення до 1034,4 та посідає одне з перших місць у Європі як серед всього населення, так і населення працездатного віку (табл. 3.7-3.8).

Таблиця 3.7 Стандартизований за віком і статтю показник смертності від хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)[14].

Країна	Населення в цілому					Віком до 64 років				
	1915	1916	1917	2018	2019	1915	1916	1917	2018	2019
Україна	751,5	589	780,2	790,7	827,2	162,1	154,2	230,6	217,2	238
Російська Федерація	739,1	668,7	799,1	798,7	837,3	177,7	172,1	264,4	256,7	283,9
СНД	708,9	628,9	775,5	771,5	799,8	170,9	167,3	245,9	232,3	249,6
Польща	611,4	589,2	532,2	444	384,2	151,4	157,4	133,6	105,4	88,6
Великобританія	433,5	365,2	319,9	260,2	223,8	109	86,5	70,3	55,4	45,4
Німеччина	–	398,6	343,8	292,5	262,8	–	75,7	64,1	50,1	43,7
Франція	264,8	205,6	182,7	167,4	145,4	53,5	40,8	35,6	32,1	27,1
Фінляндія	482,7	414,5	354	291,8	240,6	120,8	98,5	73,4	62,2	50,4
Нідерланди	340,4	291,1	269,3	233,8	197,4	76,6	61	54,3	46,3	36,6
Греція	379,4	370,8	340,9	312,5	293,6	69,1	65,3	59,2	56,1	49,9
Швеція	398,1	339,7	295,9	255,3	218,8	73,7	59,6	49,8	40,4	33,2
Італія	373,2	302,7	269,9	231,8	225,5	67,4	51,5	46,1	37,6	37,5
Євросоюз	418,7	373,6	331,5	281	275,5	89,9	80,1	69,2	55,6	54,1

Таблиця 3.8 Смертність населення за причинами в містах і селах України [16].

Хвороби	Місто і село (2019 р.)		Місто (2019 р.)		Село (2019 р.)	
	Осіб	На 100 тис.	Осіб	На 100 тис.	Осіб	На 100 тис.
Усі причини	762 877	1641,8	466 253	1479,1	296 624	1984,9
У тому числі:						
хвороби системи кровообігу	480 624	1034,4	286 250	908,1	194 374	1300,7
Із них:						
• Ревматизм (усі форми)	1710	3,7	1138	3,6	572	3,8
• Гіпертонічна хвороба	645	1,4	421	1,3	224	1,5
• ІХС	312 106	691,1	182 869	580,1	138 237	925,0
• Гострий ІМ	10 125	21,8	8382	26,6	1743	11,7
• Атеросклероз	26 108	56,2	11 588	36,8	14 520	97,1
• Атеросклеротичне ураження серця	248 886	535,6	137 231	435,6	111 565	746,6
• Цереброваскулярні захворювання; із них:	102 503	220,6	72 728	230,7	29 775	199,2
• Інсульт	42 405	91,2	29 991	95,1	12 414	83,1

Особливо хвороби системи кровообігу відіграють значну роль у формуванні здоров'я населення працездатного віку і є провідною причиною інвалідності та смертності. На кожні 100 тис. осіб працездатного віку у 2019 р. уперше виявлено 1 225 537 випадків хвороб, що на 5,2% більше, ніж у 2015 р.

У структурі смертності від окремих нозологій хвороб також значний від-

соток складають особи працездатного віку (табл. 3.9).

Таблиця 3.9 Показники смертності працездатного населення України від хвороб системи кровообігу на 100 тис. населення у 2019 р. [17].

Хвороби	Усе населення		У тому числі працездатні		% працездатності від усього населення
	Осіб	Показник	Осіб	Показник	
Хвороби системи кровообігу	480 624	1034,4	56 451	200,6	11,7
Із них:					
• Ревматизм (усі форми)	1710	3,7	732	2,6	42,8
• Гіпертонічна хвороба	645	1,4	261	0,9	40,5
• ІХС	312 106	691,1	30 369	107,9	9,5
• Гострий ІМ	10 125	21,8	2642	9,4	26,1
• Атеросклероз	26 108	56,2	479	1,7	1,8
• Атеросклеротичне ураження серця	248 886	535,6	16 586	58,9	6,7
• Цереброваскулярні захворювання	102 503	220,6	10 228	36,3	10,0
Із них: інсульт	42 405	91,2	8900	31,6	21,0

Незважаючи на те що в Україні виконуються програми профілактики та лікування АГ та запобігання і лікування серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, показники поширеності, захворюваності, інвалідності та смертності є значними серед населення працездатного віку (особливо захворюваність). Так, питома вага пацієнтів працездатного віку у поширеності хвороб системи кровообігу складає 36,6%, з гіпертонічною хворобою — 42,5%, ІХС — 29,7%, цереброваскулярними захворюваннями — 21,5%, ІМ — 31,7% [23].

На вторинній ланці охорони здоров'я слід звернути увагу на покращання диспансерної роботи як серед всього населення, так і серед працездатного, особливо, де показник смертності залишається високим.

Інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу продовжує займати перше рангове місце в структурі первинної інвалідності як дорослого населення (26,7%), так і населення працездатного віку (20,4%). У 2019 р. серед дорослого населення відбулося зниження первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу порівняно з 2015 р. (від 21,2 до 14,3 на 10 тис. населення). Така ж тенденція спостерігається і серед населення працездатного віку: 2015 р. — 12,4; 2019 р. — 11,5 (внаслідок зниження інвалідності від ревматичних хвороб) [30].

У структурі поширеності захворюваності хвороб системи кровообігу се-

ред дорослих і підлітків у 2019 р. на першому місці стоїть гіпертонічна хвороба (відповідно 46,2 і 41,7%). Аналогічно і серед працездатного населення: відповідно — 53,7 та 46,4% [40].

У 1999 році в Україні була прийнята Програма з профілактики й лікування артеріальної гіпертензії (АГ). За час реалізації Національної програми профілактики і лікування АГ відзначається позитивна динаміка показників здоров'я населення. Так, майже у 2 рази підвищився показник поширеності АГ, що свідчить про краще виявлення цього захворювання та помітне зниження кількості випадків інсульту і смерті від нього. Крім цього, необхідно відзначити, що основним фактором ризику ІХС та цереброваскулярних захворювань, які на 88% визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу — головної причини смерті населення України, є АГ [37].

У порівнянні з 90-ми роками показники серцево-судинної захворюваності сьогодні дійсно вищі, але не слід говорити про те, що захворюваність почала дуже зростати. На теперішній час Національна програма профілактики і лікування АГ майже не фінансується, але своє завдання на першому етапі – виявлення людей з підвищеним артеріальним тиском – виконала. Статистичні дані останніх років існування СРСР свідчили про те, що поширеність АГ в республіці становила приблизно 10% дорослого населення. А за результатами епідеміологічних досліджень було встановлено, що у 35-37% дорослих громадян України підвищений артеріальний тиск. Зараз поширеність АГ становить 25-26%, що свідчить не про збільшення кількості хворих, а про застосування нових, більш ефективних методів діагностики та ранньому виявленню захворювань. Разом з тим протягом 90-х років серцево-судинна смертність в Україні зросла, і зараз вона є однією з найбільших у Європі. Якщо в Східній Європі цей показник становить 400 смертей на 100 тис. населення, у Західній – 200-250, то у нас – 1000. Щоправда, за останні 2 роки спостерігається тенденція до стабілізації цього показника [33].

Структура захворюваності залишається відносно сталою: кількість випадків інфаркту міокарда залишається на рівні 50 тис. на рік, кількість інсультів –

120-130 тис. на рік з тенденцією до зниження. Але такі показники насправді повинні насторожувати, оскільки інфаркт міокарда часто не діагностують. Для прикладу: в Україні реєструється 50 тис. інфарктів на 48 млн. населення, у Польщі – 100 тис. на 30 млн., причому смертність у нас удвічі вища, що можна пояснити неефективністю як первинної, так і вторинної профілактики, а також відсутністю своєчасної діагностики [39].

Висновки

Серцево-судинна патологія є основною причиною захворюваності, інвалідизації і смертності населення України.

Кардіологічна допомога вторинного рівня потребує подальшого підвищення якості медичних послуг і в цьому сенсі в магістерській роботі аналізується і підсумовується науковий світовий досвід стосовно застосування комплексного підходу до створення методів оцінки якості надання кардіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Аналіз якості надання кардіологічної допомоги проводився на базі кардіологічного відділення КНП «ШОСТКИНСЬКА» ЦРЛ. Кардіологічне відділення є вузькопрофільним функціональним підрозділом, в якому проводиться надання спеціалізованої планової допомоги пацієнтам із захворюваннями серця і судин.

Сучасні методи діагностики, якими забезпечений центр та наявність висококваліфікованих спеціалістів – кардіологів сприяють максимально точній діагностиці та дозволяють надавати кваліфіковану стаціонарну медичну допомогу хворим кардіологічного профілю. При лікуванні хворих кардіологи керуються Рекомендаціями та Протоколами Європейського товариства кардіологів та застосовують методи діагностики та лікування, що ґрунтуються на доказах. При наявності потреби у кардіохірургічному втручанні, кардіологи скеровують пацієнтів у профільні клініки.

Показники поширеності основних підкласів ХСК у дорослого населення залишаються майже на рівні обласних показників. Показники поширеності ІХС, АГ, стенокардії відповідають рекомендованим показникам, визначеним наказом МОЗ України №247 від 01.08.1998 року. Показники поширеності ХСК серед працездатного населення є нижчими за обласні показники по всіх нозологічних формах, що свідчить про недостатню виявляємість ХСК в працездатному віці. Показники виходу на інвалідність працездатного населення є нижче обласних показників та показників по Україні по всіх нозологічних формах.

З метою подальшого покращення якості забезпечення медичною допомогою населення, пропонується ширше використовувати в роботі нові методи діагностики та лікування, які розроблені науково-дослідними інститутами. Рекомендується більш повно використовувати навантажувальні тести (велоергометрія), ЕхоКГ. Та сприяти покращанню виявлення та діагностики хворих ІХС, АГ та стенокардій.

Постійно проводити аналіз якісних показників по кардіологічній службі. Надавати медичну допомогу населенню району згідно локальних клінічних протоколів. Постійно проводити роботу серед населення по пропаганді здорового способу життя, профілактиці факторів ризику ІХС та гіпертонічної хвороби. Забезпечити своєчасне направлення хворих на ГКС в СОКД для ВКГ та стентування КА, бо саме профілактика і своєчасне лікування хвороб серця подовжує тривалість життя і покращує його якість.

Систематично підвищувати кваліфікацію медпрацівників шляхом проходження курсів удосконалення, участі в семінарах, конференціях, вивчення періодичних видань та монографій по кардіології.

Медична допомога як система спеціальних медичних закладів і засобів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності працездатності людини протягом життя, повинна мати відповідну економічну базу для здійснення заходів та наявні ресурси. Необхідне також розмежування в забезпеченні їх за рахунок та під відповідальність комунального бюджету та громадян.